



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2012

Religion und Medizin in der europäischen Moderne

Lüddeckens, Dorothea

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-64874>

Book Section

Originally published at:

Lüddeckens, Dorothea (2012). Religion und Medizin in der europäischen Moderne. In: Stausberg, Michael. Religionswissenschaft. Berlin, Boston: De Gruyter, 283-297.

III.5 Religion und Medizin in der europäischen Moderne

Dorothea Lüddeckens

1. Einleitung

„Heil“ und Heilung zeigen in vielen religionsgeschichtlichen Kontexten eine grosse Affinität.¹ In modernen Gesellschaften aber haben sich Religion, die sich um das „Heil“ und Medizin, die sich um Heilung kümmert, zu eigenständigen Teilsystemen entwickelt. Im Folgenden geht es um zwei Entwicklungen in den Beziehungen zwischen Religion und Medizin, die derzeit gegenläufig zur funktionalen Ausdifferenzierung der beiden Teilsysteme zu beobachten sind.

So hält einerseits in medizinischen Kontexten Religion Einzug, während andererseits in religiösen Kontexten das Thema Gesundheit behandelt wird.² Was bedeutet es, wenn Heilverfahren, die religiöse Referenzen aufweisen, zunehmend innerhalb des Medizinsystems (vgl. STOLLBERG 2009) präsent sind und religiöse Organisationen sich nicht nur um „Heil“, sondern auch um Heilung kümmern?

2. Medizin

Mitte des 18. Jahrhunderts setzte in Europa ein Vorgang ein, der in der Medizingeschichte als „Medikalisierung“ bezeichnet wird (CONRAD 2007). Phänomene, die zuvor Kontexten wie Religion, Recht oder Moral zugeordnet waren, wurden nun einer sich ausdifferenzierenden Medizin zugewiesen (FREIDSON 1988: 248). So wurden Kinderlosigkeit und Krampfanfälle nicht mehr religiös, sondern medizinisch behandelt, und sozial Auffällige wurden nicht mehr als verhext oder besessen,

1 Vgl. für einen Überblick und die Komplexität dieses Verhältnisses BRUCHHAUSEN (2011).

2 Die im Folgenden als Entdifferenzierung beschriebenen Prozesse können auch synchron zu Phasen der Ausdifferenzierung verlaufen (BUSS /SCHÖPS 1979: 319).

sondern als psychisch krank gedeutet. Die Entwicklung zu einem gesellschaftlich ausdifferenzierten Medizinsystem (vgl. PELIKAN 2007) wurde durch eine Professionalisierung des Ärztestandes und die Orientierung der Medizin an den Naturwissenschaften möglich.

Während die Frage nach metaphysischen Ursachen von Krankheiten an Bedeutung verlor, wurden Verfahren wichtig, mit denen physiologische Ursachen von Krankheit gesucht und mittels naturwissenschaftlicher Methoden erklärt werden konnten. Das daraus entwickelte Wissen über den Körper führte zu einer internen Ausdifferenzierung der Medizin, die sich in ihren wissenschaftlichen Grundlagen nicht an der Person als Ganzes orientierte,³ sondern sich entlang ihrer Körperteile, die in ihren Strukturen und Funktionen immer detaillierter erfasst wurden, ausrichtete. Mit der Rolle des/der Arztes/Ärztin konstituierte sich eine stabile Trägerschaft des Medizinsystems (PARSONS 1968). Während das Prestige des Ärztestandes stieg, sank das Ansehen der nicht-akademischen PraktikerInnen, deren Tätigkeiten zunehmend rechtlich reglementiert und eingeschränkt wurden.

Auf der Ebene des Individuums, dessen Existenz in der vorindustriellen Gesellschaft über Gemeinschaft, Familie, Sippe etc. gesichert und dessen Gesundheit innerhalb dieser Ordnungen behandelt wurde, wandelte sich Gesundheit von der „Gabe Gottes“ zur Aufgabe des Individuums (BECK-GERNSEIM 1994: 317–319).

Das akademische Medizinsystem bildete den eigenständigen Code krank/gesund heraus (LUHMANN 1990),⁴ entlang dessen seine Kommunikation verlief und das sich damit von anderen Möglichkeiten der Kommunikation, wie der religiösen, abgrenzte. Dabei baute es eine hohe interne Komplexität auf, mit der es dann wieder andere Themen der Gesellschaft bearbeiten konnte, wie zum Beispiel Prävention, Geburts-,⁵ und Sterbeprozesse. Nach und nach erweiterte sich der Fokus von reinen pathogenetischen auch hin zu resilienzorientierten⁶ Sichtweisen (vgl.

z. B. WERNER 1977). Dies zeigt sich unter anderem in Ansätzen wie Public Health, Prävention und Frühintervention sowie in Gesundheitsprogrammen.

Spätestens ab Mitte der 1980er Jahre wurde Gesundheit zu einem gesellschaftlich dominanten Thema und die Bereitschaft darin zu investieren nahm auf Ebene des Staates und des Individuums zu.⁷

3. Alternative Medizin

3.1 Abgrenzung

Dass die akademische Medizin sich als Norm etablieren konnte,⁸ zeigt sich im öffentlich finanzierten Gesundheitswesen. Diagnostische Massnahmen und therapeutische Interventionen können (nahezu) ausschliesslich von ÄrztInnen verordnet werden.⁹ Nach wie vor verfügen diese auch über das höchste Prestige im Gesundheitswesen. Dementsprechend sind die Akteure alternativmedizinischer Verfahren häufig darum bemüht, sich nach den Strukturen der akademischen Medizin auszurichten. Insbesondere ist dies der Fall, wenn es um die Inanspruchnahme öffentlicher Gelder geht. Das trifft für die Legitimierung unter Verweis auf wissenschaftliche Studien ebenso zu wie auf Ausbildungsstrukturen (vgl. CANT/SHARMA 1995; 1996).

Zur Bezeichnung nicht akademischer Heilverfahren finden sich verschiedene Termini, am gebräuchlichsten sind die Begriffe Komplementärmedizin und Alternative Medizin, seltener Naturmedizin, Ganzheitliche oder Integrative Medizin.¹⁰ Eine exakte Bestimmung, was unter diesen Begriffen zu verstehen ist, ist problematisch, da mit ihnen höchst unterschiedliche Praktiken zusammengefasst werden, sowohl was die Form ihrer Institutionalisierung, ihre theoretische Begründung, die

beitragen. Fokussiert wird hier damit auf Ressourcen, nicht auf Belastungsfaktoren.

3 Psychosoziale Zusammenhänge kamen erst im 20. Jh. z.B. durch Victor von Weizsäcker wieder in den Blick. Vgl. auch FOUCAULT (1973: 109–112); BUSS/SCHÖPS (1979: 327).

4 Vgl. zur Diskussion STOLLBERG (2009).

5 Dies zeigt sich im Fall Geburt z.B. daran, dass dieser Kompetenzbereich von Hebammen vermehrt in den Bereich der Ärzte und Hospitäler überging.

6 Resilienz bezeichnet eine Vielzahl empirisch nachgewiesener Schutzfaktoren (individuelle, familiäre und soziale), die auch unter widrigen Umständen eine normale Entwicklung ermöglichen bzw. sogar zu einer höheren Stressresistenz

7 INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH (2005). In Deutschland, Grossbritannien und der Schweiz betragen die Ausgaben im Gesundheitswesen (überwiegend der gesetzlichen Krankenkassen) über 10 % des Bruttosozialproduktes.

8 Zur internationalen Dominanz der wissenschaftlich begründeten Medizin vgl. FRANK (2004: 53); CONNOR (2001).

9 Dies gilt jedenfalls für Deutschland, Österreich und die Schweiz.

10 Zu einer Diskussion der Verwendung dieser Begriffe siehe STOLLBERG (2002); SHARMA (1993).

Religionswissenschaft

Herausgegeben von
Michael Stausberg

De Gruyter

ISBN 978-3-11-025892-9

e-ISBN 978-3-11-025893-6

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

A CIP catalog record for this book has been applied for at the Library of Congress.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2012 Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin/Boston

Index: Marion Voigt, www.folio-lektorat.de

Druck: Hubert & Co. GmbH & Co. KG, Göttingen

∞ Gedruckt auf säurefreiem Papier

Printed in Germany

www.degruyter.com

Vorwort und Danksagung

Das Werk, das Sie in den Händen halten, gibt einen einführenden Einblick in die gegenwärtige religionswissenschaftliche Forschung im deutschsprachigen Raum. Alle Beiträge geben exemplarisch Antwort auf die Fragen:

- Was ist Religionswissenschaft?
- Wie arbeitet man religionswissenschaftlich?
- Was sind religionswissenschaftliche Probleme?
- Wie behandelt man diese?

Als eine Art teilnehmender Beobachter der deutschsprachigen Religionswissenschaft bot mir dieses Buchprojekt den willkommenen Anlass, zu einem intensiven fachlichen Austausch mit etwa 30 Kollegen an über 20 Universitäten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Ich danke allen Autorinnen und Autoren für ihre kollegiale, kreative und geradezu überraschend fristgerechte Mitarbeit. Von denjenigen, die leider keine Kapitel beisteuern konnten, danke ich Christoph Bochsinger und Christoph Uehlinger für wertvolle Hinweise in der Planungsphase. Marion Voigt hat sich kurzfristig für die Erstellung des Registers zur Verfügung gestellt.

Einen besonderen Dank schulde ich meinen jüngeren Kollegen Florian Jeserich und Moritz Klenk für ihre tatkräftige Unterstützung. Zu dritt haben wir alle eingehenden Manuskripte mehrfach gründlich gelesen, ausführlich diskutiert und kommentiert. Ich hoffe, dass dies der Qualität des Buches zugute gekommen ist (auch wenn die zahlreichen, vielstimmigen und wiederholten Kommentare für die Autoren vermutlich mitunter eher lästig waren). Für meinen Teil waren diese kritischen Diskussionen (über Skype) und die gemeinsame Arbeit an unserem didaktischen Anhang nicht nur lehrreich, sondern ein entscheidender Spaßfaktor. Vielleicht überträgt sich davon ja etwas auf die Lektüre. Was immer sie sein mag: Religionswissenschaft kann Spaß machen – hoffentlich angefangen mit der Lektüre dieses Studienbuchs.

Bergen (Norwegen), Dezember 2011
Michael Stausberg

Teil II
Methodologische Optionen
und Probleme

Edith Franke & Verena Maske	
II.1 Religionen, Religionswissenschaft und die Kategorie Geschlecht/Gender	125
Gritt Klinkhammer	
II.2 Zur Performativität religionswissenschaftlicher Forschung	141
Johann Ev. Hafner	
II.3 Religionswissenschaftliche Kategorienbildung – am Beispiel ‚Engel‘	155
Gregor Ahn	
II.4 Gottesvorstellungen als Thema vergleichender Religionswissenschaft	169
Bernhard Maier	
II.5 Vorgeschichtliche Religionen: Quellen und Deutungsprobleme	183
Manfred Hutter	
II.6 Das Christentum in Asien als Gegenstand religionswissenschaftlicher Forschung	197
Oliver Krüger	
II.7 Hörfunk und Fernsehen – Dimensionen und Zugänge für die religionswissenschaftliche Forschung	211

Teil III
Religion in der Gesellschaft

Jens Schlieter	
III.1 Religion, Religionswissenschaft und Normativität	227
Jörg Rüpke	
III.2 Religion und Individuum	241

Andreas Feldtkeller	
III.3 Kommunikationsstrukturen und Sozialformen von Religion	255
Vasilios N. Makrides	
III.4 Jenseits von herkömmlichen Religionsformen: Kulte um Personen, säkulare Systeme, politische Religionen	269
Dorothea Lüddeckens	
III.5 Religion und Medizin in der europäischen Moderne ...	283
Wanda Alberts	
III.6 Religionswissenschaft und Religionsunterricht	299
Almut-Barbara Renger	
III.7 Meister-Jünger- und Lehrer-Schüler-Verhältnisse in der Religionsgeschichte	313

Teil IV
Ästhetik, Visualität und Akustik

Jürgen Mohn	
IV.1 Religionsästhetik: Religion(en) als Wahrnehmungsräume	329
Daria Pezzoli-Olgati	
IV.2 Religion und Visualität	343
Martin Baumann	
IV.3 Umstrittene Sichtbarkeit: Immigranten, religiöse Bauten und lokale Anerkennung	365
Inken Prohl	
IV.4 Materiale Religion	379
Bärbel Beinhauer-Köhler	
IV.5 „Von einem Franken, der kein Schweinefleisch aß“. Die Begriffe ‚Religion‘ und ‚Alltag‘ als Zugänge zu einer arabischen Anekdote des 12. Jahrhunderts	393
Annette Wilke	
IV.6 Text, Klang und Ritual. Plädoyer für Religionswissenschaft als Kulturhermeneutik	407

Professionalisierung ihrer Anwender, ihre Praxis und ihre Integration in das Medizinsystem betrifft. Ein Unterschied zwischen akademischer und alternativer Medizin besteht darin, dass die akademische Medizin in ihrer Behandlung einzig mit empirisch wahrnehmbaren Akteuren rechnet, während in einigen alternativmedizinischen Verfahren weitere Akteure hinzukommen (Geister, Heilige etc.).

Auf diese Kräfte kann auch zur Legitimierung der Heilenden und ihrer Heilverfahren Bezug genommen werden (vgl. JENNY/SHARMA 2009). Dabei können in den Theorien, die den Heilverfahren zugrunde gelegt werden, Energien oder Beziehungen z. B. zwischen Kosmos und Individuen angenommen werden, die als universal gegeben angesehen werden, aus naturwissenschaftlicher Sicht jedoch empirisch nicht nachweisbar sind. Ein typisches Beispiel hierfür ist die ‚universelle Lebensenergie‘ im Reiki, die über die Hände der Heilenden auf die Behandelnden übertragen wird und die Basis des Heilverfahrens bildet.

3.2 Semantik

Das Feld der Alternativmedizin lässt sich, abgesehen von der Abgrenzung von der akademischen Medizin, kaum über klare Grenzen oder Strukturen identifizieren. Untersucht man verschiedene, im Westen mehr oder weniger erfolgreiche alternative Heilverfahren, so lassen sich die Gemeinsamkeiten am ehesten an einer bestimmten Semantik festmachen (vgl. ANDRITZKY 1999; BETTE 2005; KOCH 2006).

Der Begriff der ‚Ganzheitlichkeit‘ postuliert die Wahrnehmung einer Einheit von Körper/Sinnen, Geist/Intellekt und emotionalem Erleben. Er fungiert als Gegenbegriff (BETTE 2005: 45) zu einer Sicht auf den Menschen, die – von Moderne, Naturwissenschaften und Technik geprägt – als defizitär und mechanistisch gewertet wird. Mit dem Verweis auf ‚Selbstheilungskräfte‘ liegt der Fokus auf der Autonomie des Individuums, das aus sich heraus zur Heilung findet und andere AkteurInnen oder auch Mittel allenfalls als Unterstützende benötigt. Der aus der Physik stammende Energiebegriff wird einerseits bewusst in Anschluss an die Naturwissenschaften verwendet, andererseits aber auf anthropologische Vorstellungen bezogen, die über physikalische Zusammenhänge hinausgehen (vgl. RITTER/WOLF 2005): Energie kann übertragen werden – vom Kosmos auf das Individuum, vom Behandelnden auf den/die Behandelte(n) – ohne und mit unmittelbarem Kontakt und bleibt nicht auf physikalische, messbare Werte beschränkt. Ähnlich wie bei der Ver-

wendung des Ganzheitsbegriffes wird auch mit dem Verweis auf ‚Harmonie‘ und ‚Ordnung‘ eine Gegenperspektive zur als in Un-Ordnung und Disharmonie gesehenen modernen Welt und ihrer BewohnerInnen, sowie die Möglichkeit einer ‚Rückkehr‘ in die Harmonie impliziert. Häufig bildet dieses Konzept auch die Brücke zu der Vorstellung von Beziehungen zwischen Mikro- und Makrokosmos, die im Sinne einer Heilung in Harmonie gebracht werden müssen. Nicht nur die verschiedenen Teile und Aspekte des Individuums stehen gemäss solcher Konzeptionen in Beziehung zueinander und müssen als Einheit behandelt werden, sondern letztlich auch der gesamte Kosmos. Über den Topos der ‚Erfahrung‘ werden wiederum die Autonomie und Autorität des Individuums in Anschlag gebracht und zugleich das umfassende ‚Erleben‘ gegenüber einer auf den Intellekt reduzierten und damit defizitären Einsicht aufgewertet.

3.3 Struktur

Wenn auf der Ebene der Semantik deutlich wird, dass das Individuum im Fokus steht, so zeigt sich dies auch in der Art der Entscheidung: Die Wahl einer alternativ-medizinischen Therapie ist häufig eine explizite Wahl, die die PatientInnen entweder komplementär oder als Alternative zu ihrer Therapie im Rahmen der akademischen Medizin wählen. Zudem ist eine Fluidität der Formen und Bindungen auszumachen. PatientInnen sind häufig bereit, verschiedene Heilverfahren miteinander zu kombinieren und gegebenenfalls auszuwechseln.

Alternativmedizin ist zum Teil zunächst innerhalb gemeinschaftlicher Formen entwickelt und praktiziert worden und diffundierte dann, ebenso wie andere Praktiken und Konzepte Neuer Religiöser Bewegungen, in die breitere Gesellschaft (LÜDDECKENS/WALTHERT 2010). Dies gilt zum Beispiel für die anthroposophische Medizin, die therapeutischen Methoden Bhagwans (Osho) oder ayurvedische Heilverfahren der Transzendentalen Meditation.

3.4 Zunahme der Alternativmedizin

Verschiedene Strömungen, wie die ‚Naturheilkunde‘, die sowohl von praktischen ÄrztInnen als auch von Laien fortgeführt und weiterentwickelt wurde, hielten sich, obwohl sie von der akademischen Medizin

sowie den rechtlichen und politischen Institutionen kritisch behandelt wurden.

Gegen Ende des 19. und während des 20. Jahrhunderts entstanden religiöse Gemeinschaften und Traditionen, die eine eigene Medizin beziehungsweise einen spezifischen, auf Heilung fokussierten Umgang mit Krankheit entwickelten, wie im Fall der Anthroposophie und der Christian Science (HOLLENWEGER 1990). Während des Nationalsozialismus erfuhr die Alternativmedizin eine kurze Periode der Aufwertung. In Deutschland und anderen Industrienationen nahm das Interesse an nicht-wissenschaftlich begründeten Heilverfahren seit den 70er Jahren wieder zu (CANT/SHARMA 1999; FRANK 2004: 33; STAUFFACHER/BIRCHER 2002), wobei zwischen den verschiedenen Industrieländern erhebliche Unterschiede bestehen (FRANK 2004: 28).¹¹ Während einerseits auch ÄrztInnen alternative Therapien komplementär anbieten, stößt diese Entwicklung andererseits bei den RollenträgerInnen der etablierten Medizin auch auf Widerstand (vgl. z.B. HAUSTEIN et al. 1998).

Zwei Prozesse bestimmen die aktuelle Entwicklung der Alternativmedizin: Es entstehen immer mehr Organisationen, institutionalisierte Netzwerke, Berufsverbände,¹² Ausbildungsinstitutionen (vgl. CANT/SHARMA 1995; 1996) und spezialisierte Firmen und Kliniken.¹³ Zudem wandert die Alternativmedizin immer mehr von der Peripherie in die zentralen Institutionen der Gesellschaft hinein. Letzterem wird sich im Folgenden unter dem Aspekt der Entdifferenzierung gewidmet.

4. Entdifferenzierungen von Medizin und Religion

4.1 Religion und Heilung

Wie Medizin ist auch Religion als Teil der Gesellschaft zu verstehen, der sich in westlichen Gesellschaften zunehmend verselbständigte: Religiöse Kommunikation unterscheidet sich von derjenigen von Politik oder

11 Viele der betreffenden Verfahren beziehen sich auf asiatische Traditionen, vgl. hierzu für den Aspekt der Globalisierung und des interkulturellen Transfers STOLLBERG (2002).

12 Besonders seit den 90er Jahren ist ein vermehrtes Anwachsen von entsprechenden Gründungen zu verzeichnen, z.B. der Schweizerische Verband für komplementärmedizinische Heilmittel (SVKH) oder die Union Deutscher Heilpraktiker (UDH).

13 So z.B. die Paracelsusklinik in Richterswil (CH).

Wissenschaft. Im Rahmen dieser Differenzierung können religiöse Argumente weder wissenschaftliche Wahrheit noch politische Macht begründen, noch lässt sich religiöse Geltung politisch oder wissenschaftlich erzeugen. Die Teilsysteme können sich jedoch gegenseitig thematisieren: So kann beispielsweise Politik religiös beurteilt oder Religion wissenschaftlich untersucht werden.¹⁴ Im Zuge der Ausdifferenzierung wurden auch die religiösen RollenträgerInnen in ihren Kompetenzen beschränkt.¹⁵ Während die Aufgabe der Krankenfürsorge im Hinblick auf die Pflege und seelsorgerische Betreuung von Kranken innerhalb der christlichen Kirchengeschichte bis heute ein durchgängiges Thema blieb, verlor die Fürsorge im Hinblick auf mögliche Heilung durch Gebet und Ritual im Kontext der Differenzierungsentwicklung von Religion und Medizin bis in das 20. Jahrhundert stark an Bedeutung, Krankenseelsorge und Liturgik entwickelten sich getrennt voneinander (GRETHLEIN 2003: 570).

Im Gegensatz zu den Volkskirchen integrierten viele Neue religiöse Bewegungen die Behandlung von Krankheit und interpretierten sie unter religiösen Aspekten.¹⁶ Seit jüngerer Zeit ist auch in der römisch-katholischen, in den evangelischen und anglikanischen Kirchen (SHEILS 1982) zu beobachten, dass alte rituelle Formen der Behandlung von Krankheit ‚wiederentdeckt‘,¹⁷ neue, insbesondere auch durch den Einfluss der charismatischen Bewegung¹⁸ (GRETHLEIN 2003: 572) entwickelt (LEINBERGER 1993) und alternative Heilverfahren integriert werden.¹⁹ Das Repertoire reicht hier von Kursangeboten über Heilungsgottesdienste (HOLLENWEGER 1988: 28–33) bis hin zur Integration des Händeauflegens von HeilerInnen in kirchlichen Räumen. In all diesen Praktiken wird

14 Eine solche Differenzierung moderner Gesellschaften in verschiedene relativ selbständige Bereiche findet sich mit unterschiedlichen Betonungen in den verschiedensten Gesellschaftstheorien (vgl. zur Übersicht TYRELL 1998; SCHIMANK 2000).

15 Die folgende Darstellung beschränkt sich auf das Christentum.

16 Dies lässt sich nicht nur im westlich-amerikanischen Kontext beobachten, sondern z.B. auch in Japan.

17 Zur Krankensalbung WACKER (2009).

18 Weit über die eigene Bewegung hinaus, war hier die Vineyard-Bewegung (Vineyard Christian Fellowship) prägend. Das von ihrem Gründer John Wimber entwickelte Konzept des ‚Heilungsdienstes‘, ist eine innerhalb von Gemeinden organisierte Form des Betens um somatische Heilung.

19 Letzteres ist vor allem in kirchlichen Tagungshäusern zu beobachten. Alternativmedizin wird allerdings zum Teil innerhalb der Kirchen auch als Konkurrenz gedeutet und kritisch beurteilt (vgl. VELKD 2011).

Krankheit unter dem Gesichtspunkt somatischer Heilung religiös behandelt. Die anglikanische Kirche Englands hat im Kontext der im nordamerikanisch-angelsächsischen Raum einflussreichen Glaubensheilungsbewegung die Bitte um Krankenheilung, meist verbunden mit Handauflegung oder Salbung, in ihren Gottesdiensten fest etabliert (GRETHLEIN 2003: 572) und das Thema Heilung mit der Gründung des Ministry of Healing auch institutionell verankert. Innerhalb der Katholischen Kirche wächst das Interesse an dem Ritual der Krankensalbung, das sich von der Konzentration auf den/die Sterbende(n) („Letzte Ölung“) hin zu einer Perspektive auf den/die Kranke(n) entwickelt und inzwischen auch die Hoffnung auf somatische Heilung einbeziehen kann. Sowohl die Kirchenleitungen als auch überkirchliche Vereinigungen wie der Ökumenische Rat der Kirchen (ÖRK) zeigen mit Stellungnahmen²⁰ und der Ausrichtung von Konferenzen und Diskussionsforen, dass hier die wachsende Relevanz des Themas Heilung wahrgenommen wird (GRUNDMANN 2005: 3). Seit den 1970er Jahren findet sich in Publikationen auch ein wachsendes Interesse der akademischen Theologie am Thema Heilung (vgl. GRUNDMANN 2005).

4.2 Alternativmedizin und Religion

Während sich akademische Medizin an der Wissenschaft orientiert, finden sich Affinitäten der Alternativmedizin zu Religion (vgl. JESERICH 2011). So zeigen sich auf der Ebene der oben charakterisierten Semantik Zusammenhänge zwischen derjenigen Religiosität, die sich selbst häufig als „Spiritualität“ fasst und als New Age, Esoterik (HERO 2011) oder auch Populäre Religion (KNOBLAUCH 2009) bezeichnet wird. Einige alternative Heilverfahren verorten sich selbst explizit im Feld von Religion/Spiritualität, wie zum Beispiel Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR; KABAT-ZINN 2011)²¹ und der Ayurveda (KOCH 2006a: 170). Zahlreiche alternative Therapien weisen auch in ihrer Art der Legitimation typische Elemente von Religion auf, folgt man Danièle HERVIEU-

20 HILLE et. al.(1989); PÄPSTLICHE KONGREGATION FÜR GLAUBENSLEHRE (2000); THE ARCHBISHOPS COUNCIL (2000).

21 So wird zwar von einigen Vertretern betont, dass es sich nicht um eine religiöse oder spirituelle Methode handle, die Ausbildung und Ausübung fordert von den Therapeuten jedoch Achtsamkeitsmeditationspraxis. Auch Kabat-Zinn selbst betont die buddhistische Basis.

LÉGER und definiert Religion über die folgenden drei Aspekte: (1) Ausdrucks eines Glaubens, der nicht auf Basis von Verifizierbarkeit und Experiment Plausibilität erzeugt, sondern dadurch, dass er Bedeutung und Kohärenz der subjektiven Erfahrung des Glaubenden stiften kann (Hervieu-Léger 1999: 84), (2) die Erinnerung an eine Kontinuität und (3) die legitimierende Referenz auf eine autorisierte Version dieser Erinnerung, also auf Tradition (HERVIEU-LÉGER 2000: 97). Von hoher Relevanz ist zudem, im Fall von Religion ebenso wie bei alternativen Heilverfahren, die jeweilige Versicherung einer Authentizität in Bezug auf Ursprünge und Kontinuität. Gegenstand ist nicht ein fortwährendes Infragestellen und damit weiterführende Veränderung, sondern die Wahrung und allenfalls fortwährende, weiterreichende Annäherung an das als authentisch und ursprünglich Angesehene sowie Anpassungen an neue Umweltbedingungen.

5. Schluss

Die Ausdifferenzierung der Medizin von anderen Gesellschaftsbereichen bedeutet, dass in der akademischen Medizin Krankheit nicht religiös gedeutet und behandelt wird, sondern allein unter medizinischen Gesichtspunkten. Im Gegensatz dazu stellen religiöse Referenzen zentrale Figuren vieler Formen der Alternativmedizin dar, womit eine Entdifferenzierung von Medizin und Religion (KOCH 2006a) beobachtet werden kann – auch und gerade dann, wenn es zu engen Verbindungen zwischen akademischer und alternativer Medizin kommt.

Ebenfalls kann von einer Entdifferenzierung gesprochen werden, wenn religiöse Organisationen bzw. AkteurInnen Krankheit im Hinblick auf Heilung religiös integrieren, anstatt die Behandlung von Krankheit in das Funktionssystem Medizin auszugliedern. So kann Entdifferenzierung beobachtet werden, wenn ein Priester um Genesung eines Patienten betet und Differenzierung, wenn derselbe Priester demselben Patienten Aspirin gegen die Kopfschmerzen überreicht.²²

Was hier als Entdifferenzierung bezeichnet wird, hat TIRYAKIAN (1985; 1992) als „dedifferentiation“ beschrieben.²³ Dabei behandelt er dies nicht als pathologischen und regressiven Prozess, sondern als ein in

22 In beiden Fällen geht es um ein medizinisches Behandlungsziel, im Fall des Betens wird dies jedoch mit religiöser Kommunikation verbunden.

23 Für diesen Literaturhinweis danke ich Rafael Walthert.

der Moderne notwendiges Pendant zur Ausdifferenzierung der verschiedenen Teilsysteme der Gesellschaft, welches zur verstärkten aktiven Teilnahme an der Gesellschaft beiträgt (TIRYAKIAN 1992: 89–91).²⁴ Entdifferenzierungen lassen sich damit auch in anderen Kontexten moderner Gesellschaften beobachten, z. B. bei den sozialen Bewegungen wie der ökologischen Bewegung oder dem Feminismus oder den grossen nationalistischen Bewegungen. Änderungen in der Umwelt können ein soziales System damit konfrontieren, dass es auf diese in seiner Differenzierung nicht mehr adäquat reagieren kann (TIRYAKIAN 1992: 90). Dies ist im Fall der ausdifferenzierten akademischen Medizin zu beobachten. Im Rahmen des gesellschaftlichen Prozesses der Individualisierung wurde es für Individuen zunehmend wichtig ihre Rolle als PatientIn als durch eigene Entscheidungen geprägt wahrzunehmen. Individuen wollen sich zudem hinsichtlich ihrer Krankheitsbilder und deren Behandlung als Individuen begriffen sehen. Damit gingen Bedürfnisse einher, auf die zum Teil aufgrund einer entsprechenden Semantik von alternativmedizinischen Angeboten reagiert werden konnte. Zudem kann ein/eine PatientIn mit ihrer Wahl in besonderem Mass eine individuelle Entscheidung anzeigen, im Gegensatz zur eher zu erwartenden Wahl akademischer Medizin.

Mit dem Verlust traditioneller Sinnbezüge verloren einerseits traditionelle Modelle zur Deutung von Krankheit im Rahmen transzendenter Sinnzusammenhänge an Plausibilität, während andererseits die akademische Medizin keine neuen anbieten konnte. In der Alternativmedizin zeigen sich Überschneidungen zu dem als Populäre Religion beschriebenen Feld. Damit, und mit der Fokussierung auf das Individuum als „selbstermächtigtes Subjekt“ (GEBHARDT/ENGELBRECHT/BOCHINGER 2005), können neue Plausibilitätsmuster aufgezeigt werden.²⁵

Im Rahmen der gesellschaftlichen Karriere des Themas Gesundheit wiederum ist es verständlich, wenn religiöse Organisationen sich nicht auf Heil beschränken, sondern im Hinblick auf Heilung entdifferenzieren. Heilung ist in der Moderne tendenziell plausibler als Heil geworden und

24 Im Gegensatz zu der Verwendung des Begriffes bei TILLY (1972: 114) werden darunter im Folgenden auch keine devolutionären Vorgänge verstanden, die dazu führen, dass gesellschaftliche Gebilde mit ihrer selbstständigen Struktur und Funktion verschwinden (vgl. auch BUSS/SCHÖPS 1979).

25 „Die Entdifferenzierung wirkt integrativ durch strukturelle Assimilation systemfremder Prinzipien und Funktionen und durch Einbettung von Fremdmustern und Kulturmustern, seien sie ökologischer, [...] oder religiöser [...] Art, in das systemeigene Handlungsfeld“ (BUSS/SCHÖPS 1979: 318).

Bewertungen, was im Leben als relevant anzusehen ist, haben sich verschoben. Der Referenzrahmen ist nicht mehr ein Dasein auf das Ewige Leben hin, in welchem zum Beispiel Schmerzen als religiöse Passion verstanden werden können. Stattdessen werden Schmerzen in einem Leben, das als Selbstzweck gesehen wird, als sinnlos gedeutet, wobei sie im Rahmen alternativmedizinischer Angebote wieder als sinnvoll konzipiert werden können.

Hinzu kommt, dass ausdifferenzierte Systeme, so auch die Medizin, einen starken hierarchischen Charakter aufweisen und entdifferenzierende Bewegungen mit einer Kritik an den (angenommenen) TrägerInnen von Macht einhergehen (TIRYAKIAN 1992: 90). Ein solcher antielitärer Zug findet sich auch in der Alternativmedizin. Dabei wird, ausgehend von der Konzeption eines selbstermächtigten Subjekts, die ärztliche Autorität hinterfragt.

Die Bewegung der Alternativmedizin ins institutionelle Zentrum des Gesundheitswesens zeigt sich an ihrer Integration in die Universitäten mit der Gründung entsprechender Lehrstühle und darin, dass ihre Legitimität durch ihre gesetzliche Verankerung²⁶ bestätigt wird. In der Schweiz wurde im Mai 2009 per Volksentscheid mit einer Zweidrittel-Mehrheit die Berücksichtigung der Komplementärmedizin in die Verfassung aufgenommen.²⁷ Hinzu kommt die Aufnahme in das therapeutische Angebot, wie zum Beispiel im Fall der Akupunktur (vgl. SAKS 1992; 1995) oder auch Mindfulness-based stress reduction (MBSR) im Bereich chronischer Schmerzambulanzen und -kliniken (KABAT-ZINN 2003)²⁸.

Die Entdifferenzierung kann so von zwei Seiten her betrachtet werden: Einerseits von derjenigen des Medizinsystems, andererseits von derjenigen religiöser Organisationen her. Die Affinität von ‚Religion‘ und Medizin findet sich in beiden Fällen wieder.

26 So z. B. durch die sog. Binnenanerkennung, die Sonderstellung der „besonderen“ Therapierichtungen im Arzneimittelgesetz (Sozialgesetzbuch V, § 135, Abs. 1) oder die in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern verankerte Zusatzweiterbildung in „Naturheilkunde“ (Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 in der Fassung der Beschlüsse vom 17. Oktober 2010).

27 Art. 118a52 Komplementärmedizin: „Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für die Berücksichtigung der Komplementärmedizin.“ Impliziert sind hier die Anthroposophische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie, Phytotherapie und Traditionelle Chinesische Medizin (TCM).

28 Für den psychotherapeutischen Bereich siehe auch: BERKING/VON KÄNEL 2007.

Literatur

- ANDRITZKY, Walter. 1999. „Spiritualität, Psychotherapie, Gesundheitsverhalten. Religiöse Glaubensmuster und Verhaltensweisen. Ihre Relevanz für Psychotherapie und Gesundheitsverhalten“, in: *Psychotherapie* 4(1): 5–20.
- BECK-GERNSHEIM, Elisabeth. 1994. Gesundheit und Verantwortung im Zeitalter der Gentechnologie, in: Ulrich BECK / Elisabeth BECK-GERNSHEIM (Hg.), *Risikante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Frankfurt a.M., 316–335.
- BERKING, Matthias / Miriam VON KÄNEL. 2007. „Achtsamkeitstraining als psychotherapeutische Interventionsmethode. Konzeptklärung, klinische Anwendung und aktuelle empirische Befundlage“, in *Psychother Psych Med* 57: 170–177.
- BETTE, Karl-Heinrich. 2005. Körperspuren. Zur Semantik und Paradoxie moderner Körperlichkeit. Bielefeld.
- BRUCHHAUSEN, Walter. 2011. Beziehungen zwischen Gesundheit und Religion von der Frühgeschichte bis zur Neuzeit, in: Constantin KLEIN / Hendrik BERTH / Friedrich BALCK (Hg.), *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim, München, 93–109.
- BUSS, Eugen / SCHÖPS, Martina. 1979. „Die gesellschaftliche Entdifferenzierung“, in *Zeitschrift für Soziologie* 8(4): 315–329.
- CANT, Sarah / SHARMA, Ursula. 1995. „The reluctant profession – Homeopathy and the search for legitimacy“, in: *Work, Employment & Society* 9: 743–762.
- CANT, Sarah / SHARMA, Ursula. 1996. „Demarcation and transformation within homeopathic knowledge. A strategy of professionalization“, in: *Social Science & Medicine* 42: 579–588.
- CANT, Sarah / SHARMA, Ursula. 1999. A new medical Pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state. London.
- CONNOR, Linda H. / SAMUEL, Geoffrey (Hg.). 2001. *Healing powers and modernity. Traditional medicine, shamanism, and science in Asian societies*. Westport.
- CONRAD, Peter. 2007. *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions Into Treatable Disorders*. Baltimore.
- FOUCAULT, Michel. 1973. *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München.
- FRANK, Robert. 2004. Globalisierung „alternativer“ Medizin. Homöopathie und Ayurveda in Deutschland und Indien (Kultur und soziale Praxis). Bielefeld.
- FRANK, Robert / Gunnar STOLLBERG. 2004. „Sind Patienten asiatischer Medizin aktive Konsumenten?“, in: *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde* 11: 83–92.
- FREIDSON, Eliot. 1988. *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago.
- GEBHARDT, Winfried / ENGELBRECHT, Martin / BOCHINGER, Christoph. 2005. „Die Selbstermächtigung des religiösen Subjekts. Der „spirituelle Wanderer“ als Idealtypus spätmoderner Religiosität“, in: *ZfR* 13(2): 133–151.

- GRETHLEIN, Christian. 2003. Krankensalbung, in: Hans-Christoph SCHMIDT-LAUBER (Hg.), *Handbuch der Liturgik. Liturgiewissenschaft in Theologie und Praxis der Kirche*. Göttingen, 565–574.
- GRUNDMANN, Christoffer. 2005. „Heilung als Thema der Theologie“, in: *Theologische Literaturzeitung* 130(3): 231–246.
- HAUSTEIN, Knut-Olaf et al. 1998. „Ausserhalb der wissenschaftlichen Medizin stehende Methoden der Arzneitherapie. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 95(14): 800–805.
- HERO, Markus. 2011. Der Markt für spirituelles Heilen. Eine soziologische Betrachtung seiner Akteure und Institutionen, in: Constantin KLEIN / Hendrik BERTH / Friedrich BALCK (Hg.), *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim, München, 149–162.
- HERVIEU-LÉGER, Danièle. 1999. Religion as memory: Reference to tradition and the constitution of heritage of belief in modern societies, in: Jan G. PLATVOET / Arie L. MOLENDIJK (Ed.), *The pragmatics of defining religion: Contexts, concepts, and contests*. Leiden, 73–93.
- HERVIEU-LÉGER, Danièle. 2000. *Religion as a Chain of Memory*. New Brunswick/New Jersey.
- HILLE, Rolf et al. 1989. Wort des Hauptvorstandes der Deutschen Evangelischen Allianz zur Frage von Krankheit und Heilung aus biblischer Sicht, in: Rolf HILLE et al. (Hg.), *Jahrbuch für Evangelikale Theologie*. Witten, 147–150.
- HOLLENWEGER, Walter. 1988. *Geist und Materie*. München.
- HOLLENWEGER, Walter. 1990. Heilungsbewegungen, in: Hans GASPER / Joachim MÜLLER / Friederike VALENTIN (Hg.), *Lexikon der Sekten, Sondergruppen, Weltanschauungen. Fakten, Hintergründe, Klärungen*. Freiburg im Breisgau, 448–455.
- INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH (Hg.). 2005. *Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse, AWA 2001–2005*. Allensbach.
- JENNY, Magali / SHARMA, Riti. 2009. *Heilerinnen und Heiler in der Deutschschweiz. Magnetophaten, Gebetsheiler, Einrenker*. Lausanne.
- JESERICH, Florian. 2011. Spirituelle/religiöse Weltanschauungen als Herausforderung für unser Gesundheitswesen: Am Beispiel der Homöopathie, in: Raymond BECKER / Serkan SERTEL / Isabel STASSEN-RAPP / Ines WALBURG (Hg.), *„Neue“ Wege in der Medizin: Alternativmedizin – Fluch oder Segen?*, Heidelberg, 204–227.
- KABAT-ZINN, Jon. 2003. „Mindfulness-Based Interventions in Context. Past, Present, and Future“, in: *Clinical Psychology* 10(2): 144–156.
- KABAT-ZINN, Jon (2011): *Gesund durch Meditation. Full Catastrophe Living. Das vollständige Grundlagenwerk*, München.
- KNOBLAUCH, Hubert. 2009. *Populäre Religion: Auf dem Weg in eine spirituelle Gesellschaft*. Frankfurt a.M..
- KOCH, Anne. 2005. „Zur religiösen Codierung moderner Ernährung – Ayurvedische Koch- und Ernährungsbücher als Lebensratgeber“, in: *Zeitschrift für Religions- und Geistesgeschichte* 58(3): 243–264.

- KOCH, Anne. 2006. „Wie Medizin und Heilsein wieder verwischen. Ethische Plausibilisierungsmuster des Ayurveda im Westen“, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 52(2): 169–182.
- LEINBERGER, Bodo (Hg.). 1993. Getanztes Leben. Heilende Liturgie. Hammersbach.
- LUHMANN, Niklas. 1990. Der medizinische Code, in: DERS. (Hg.), Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven. Opladen, 183–195.
- LÜDDECKENS, Dorothea / Rafael WALTHERT (Hg.). 2010. Das Ende der Gemeinschaft? Neue religiöse Bewegungen im Wandel, in: DIES. (Hg.), Fluide Religion. Neue religiöse Bewegungen im Wandel. Theoretische und empirische Systematisierungen (Reihe Sozialtheorie). Bielefeld, 19–53.
- PÄPSTLICHE KONGREGATION FÜR GLAUBENSLEHRE (Hg.). 2000. Instruktion über die Gebete um Heilung durch Gott. Bonn.
- PARSONS, Talcott. 1968. The Structure of Social Action. A Study in Social Theory with Special Reference to a Group of Recent European Writers. New York, London.
- PELIKAN, Jürgen M. 2007. „Zur Rekonstruktion und Rehabilitation eines absonderlichen Funktionssystems – Medizin und Krankenbehandlung bei Niklas Luhmann und in der Folgerezeption“, in: Soziale Systeme 13(1/2): 290–303.
- RITTER, Werner H. / WOLF, Bernhard (Hg.). 2005. Heilung – Energie – Geist. Heilung zwischen Wissenschaft, Religion und Geschäft. Göttingen.
- SAKS, Mike. 1992. The paradox of incorporation. Acupuncture and the medical profession in Britain, in: DERS. (Hg.), Alternative medicine in Britain. Oxford, 183–200.
- SAKS, Mike. 1995. The changing response of the medical profession to alternative medicine in Britain. A case of self-interest or altruism, in: DERS. / Terry JOHNSON / Gerry LARKIN (Hg.), The health professions and the state in Europe. London, 103–115.
- SCHIMANK, Uwe. 2000. Theorien gesellschaftlicher Differenzierung. Opladen.
- SHARMA, Ursula. 1993. „Contextualizing alternative medicine. The exotic, the marginal and the perfectly mundane“, in: Anthropology Today 9(4): 15–18.
- SHEILS, W. J. (Hg.). 1982. The Church and healing. Papers read at the twentieth summer meeting and the twenty-first winter meeting of the Ecclesiastical History Society. Oxford.
- STAUFFACHER, Werner / BIRCHER, Johannes. 2002. Zukunft Medizin Schweiz. Basel.
- STOLLBERG, Gunnar. 2009. „Das medizinische System. Überlegungen zu einem von der Soziologie vernachlässigten Funktionssystem“, in: Soziale Systeme 15(1): 189–217.
- STOLLBERG, Gunnar. 2002. Heterodoxe Medizin, Weltgesellschaft und Globalisierung: Asiatische Medizinformen in Westeuropa, in: Gisela BRÜNNER / Elisabeth GÜLICH (Hg.), Krankheit verstehen. Bielefeld, 143–158.
- THE ARCHBISHOPS COUNCIL. 2000. A Time to Heal Handbook. The Development of good Practice in the Healing Ministry. A Handbook. London.
- TILLY, Charles. 1972. Clio und Minerva, in: Hans-Ulrich WEHLER (Hg.), Geschichte und Soziologie. Köln, 97–131.

- TIRYAKIAN, Edward. 1985. On the Significance of De-Differentiation, in: Shmuel N. EISENSTADT / Horst-Jürgen HELLE (Hg.), Macro-Sociological Theory. Perspectives on Sociological Theory. London, Beverly Hills, New Delhi, 118–134.
- TIRYAKIAN, Edward. 1992. Dialectics of Modernity. Reenchantment and De-differentiation as Counterprocesses, in: Hans HAFERKAMP / Neil J. SMELSER (Hg.), Social Change and Modernity. Berkeley, Los Angeles, 78–94.
- TYRELL, Hartmann. 1998. „Zur Diversität der Differenzierungstheorie. Soziologehistorische Anmerkungen“, in: Soziale Systeme. Zeitschrift für Soziologische Theorie 4(1): 119–145.
- VELKD (Vereinigte Evangelisch-Lutherische Kirche Deutschlands). 2011. „Heil und Heilung“. Beobachtungen aus dem Arbeitskreis religiöse Gemeinschaften der VELKD, in: Texte der VELKD Nr. 156.
- WACKER, Patrick. 2009. Krankensalbung in der Seelsorge. München.
- WERNER, Emmy. 1977. The Children of Kauai. A longitudinal study from the prenatal period to age ten. University of Hawai'i Press,